

## REVISIÓN INTERMEDIA DE LA CERTIFICACIÓN MID-CERTIFICATION REVIEW

**Llene y devuelva este formulario junto con el comprobante de ingreso y el comprobante de los cambios que notifica.**

Para continuar recibiendo beneficios, deberá llenar la revisión intermedia de la certificación por correo, en persona o por teléfono.

Para completar por correo o en persona en la oficina local:

- Responda a todas las preguntas;
- Proporcione comprobante de ingreso;
- Proporcione comprobante de todos los cambios; y
- Firme y devuelva esta revisión.

Para completar por teléfono:

- Comuníquese con la oficina de su localidad para llenar su revisión;
- Proporcione comprobante de ingreso; y
- Proporcione comprobante de todos los cambios.

1. NOMBRE, DOMICILIO E INFORMACIÓN DE CONTACTO VIGENTE				
PRIMER NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (ID)		
DOMICILIO RESIDENCIAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL SI FUERA DISTINTA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO U OTRO
2. PERSONAS QUE SE MUDEN A SU HOGAR O FUERA DE ÉSTE				
¿Se ha mudado alguien a su hogar o fuera de éste? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No (avance a la sección 3)				
NOMBRE	PARENTESCO CON USTED	FECHA EN QUE SE MUDÓ A SU HOGAR	¿DESEA OBTENER BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA?	FECHA EN QUE SE MUDÓ FUERA DE SU HOGAR
3. EMBARAZO				
¿Ha tenido alguien un cambio en el embarazo en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No (avance a la sección 4)				
NOMBRE	FECHA ANTICIPADA DE PARTO	FECHA EN QUE FINALIZÓ EL EMBARAZO		
4. PERSONAS CON IMPEDIMENTOS				
¿Padece alguien en su hogar de un impedimento o ha tenido alguien en su hogar un cambio en el impedimento en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No (avance a la sección 5)				
NOMBRE	TIPO DE IMPEDIMENTO	FECHA EN QUE SURGIÓ	FECHA DE TERMINACIÓN	
5. SEGURO DE SALUD PRIVADO O DERIVADO DEL EMPLEO				
¿Tiene alguien un seguro de salud privado o derivado del empleo? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No (avance a la sección 6) Sírvase marcar todas las casillas que correspondan y llene la información de todo seguro que posea.				
<input type="checkbox"/> Poseo seguro de salud privado o seguro de salud por medio de mi empleador. <input type="checkbox"/> Mi seguro de salud privado o el seguro de salud proporcionado por mi empleador incluye cobertura para atención por parte de médicos, hospital, radiografías y servicios de laboratorio. <input type="checkbox"/> He tenido seguro de salud derivado del empleo en los últimos cuatro meses pero he dejado de tener cobertura.				
COMPañÍA DE SEGURO/EMPLEADOR	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NOMBRE DE LAS PERSONAS CUBIERTAS



6. RECURSOS EN EFECTIVO						
¿Cuentan las personas en su hogar con recursos en efectivo? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No (avance a la sección 7)						
CUENTA CORRIENTE \$	CUENTA DE AHORROS \$	ACCIONES \$	BONOS \$			
Persona a quien le pertenecen los recursos en efectivo mencionados arriba:						
7. VEHÍCULOS						
¿Ha adquirido alguna persona un vehículo en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No (avance a la sección 8)						
PROPIETARIO	FÁBRICA (FORD, CHEVY, DODGE)	MODELO (FOCUS, BLAZER, NEON)	AÑO (1998, 2004)	VALOR ACTUAL	MONTO QUE SE ADEUDA	¿ES UN VEHÍCULO ADQUIRIDO A TRAVÉS DE UN LEASING?
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. NUEVO INGRESO /INGRESO QUE HA CESADO						
¿Ha comenzado alguien a percibir ingresos o ha cesado de percibirlos en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No (avance a la sección 9) (NUEVO EMPLEO/COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO/SEGURO SOCIAL/BENEFICIOS DE LABOR E INDUSTRIAS/MANUTENCIÓN DE NIÑOS)						
NOMBRE DE LA PERSONA	EMPLEADOR U OTRA FUENTE DE INGRESO	¿EL INGRESO COMENZÓ O CESÓ?	FECHA DE INICIO DEL INGRESO	FECHA EN QUE CESÓ EL INGRESO		
		<input type="checkbox"/> Comienzo <input type="checkbox"/> Cesación				
		<input type="checkbox"/> Comienzo <input type="checkbox"/> Cesación				
		<input type="checkbox"/> Comienzo <input type="checkbox"/> Cesación				
		<input type="checkbox"/> Comienzo <input type="checkbox"/> Cesación				
9. GANANCIAS/INGRESO POR TRABAJO INDEPENDIENTE						
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PERCIBE EL INGRESO	EMPLEADOR Y PERSONA DE CONTACTO QUE PUEDA VERIFICAR SU INGRESO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	TARIFA DE PAGO (\$8 POR HORA/ \$1,200 POR MES/ \$2 POR CELEMIN (BUSHEL))	HORAS POR SEMANAS QUE TRABAJA	DÍAS DE PAGO (EL 10º Y 25º DÍA DE CADA MES/ VIERNES DE POR MEDIO, TODOS LOS MARTES/ DIARIAMENTE)	
			\$ por			
			\$ por			
			\$ por			
			\$ por			
10. MANUTENCIÓN DE NIÑOS QUE DEBE QUE PAGAR LEGALMENTE						
¿Ha tenido alguien algún cambio en la orden de manutención de niños? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No (avance a la sección 11)						
PERSONA LEGALMENTE OBLIGADA A PAGAR LA MANUTENCIÓN DE NIÑOS	NOMBRE DEL MENOR EN LA ORDEN DE MANUTENCIÓN	NÚMERO DE MESES DE LA ORDEN MANUTENCIÓN DE NIÑOS	MONTO DE MANUTENCIÓN POR MES QUE SE PAGA			
		\$	\$			
		\$	\$			



11. INGRESO DE OTRAS FUENTES			
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PERCIBE EL INGRESO	FUENTE DEL INGRESO (SEGURO SOCIAL/ MANUTENCIÓN DE NIÑOS /BENEFICIOS DE LABOR E INDUSTRIAS/COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO)	CUÁN A MENUDO SE RECIBE (SEMANALMENTE/ MENSUALMENTE)	MONTO QUE PERCIBE POR MES
			\$
			\$
			\$
			\$

12. ALQUILER/HIPOTECA/IMPUESTOS Y GASTOS OBLIGATORIOS	
MENCIONE LOS MONTOS MENSUALES DE LOS GASTOS A CONTINUACIÓN	MENCIONE LOS MONTOS ANUALES CORRESPONDIENTES A LOS GASTOS A CONTINUACIÓN EN CASO DE NO ESTAR INCLUIDOS EN SU HIPOTECA O ALQUILER
Hipoteca/alquiler \$ _____	Impuestos a la propiedad: \$ _____
Alquiler por el espacio: \$ _____	Seguro de vivienda: \$ _____
Honorarios de alquiler requeridos: \$ _____	Gastos de la asociación/condominio: \$ _____
Nombre del arrendador: _____	Número del arrendador: _____

13. GASTOS POR SERVICIOS PÚBLICOS
¿Paga algún servicio público? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No (avance a la sección 14)
¿Paga los gastos de calefacción o aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es la fuente principal de calefacción? _____
¿Paga el costo de alguno de los servicios públicos a continuación? Marque todo lo que usted paga.
<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Agua/alcantarillado <input type="checkbox"/> Mantenimiento del pozo o pozo séptico <input type="checkbox"/> Recolección de residuos <input type="checkbox"/> Servicios telefónicos

14. FIRMA Y FECHA	
Al consignar mi firma en este formulario, certifico que la información que he brindado en este documento es auténtica, exacta y completa a mi leal saber y entender. Comprendo que es un crimen obtener dinero en efectivo, alimentos o beneficios médicos incorrectamente mediante una declaración falsa con conocimiento de causa o por no informar acerca de algo que debería declarar. Entiendo que si no proporciono comprobante de un aumento en el alquiler, hipoteca, servicios públicos o costos de manutención de niños, los gastos aumentados no se utilizarán para determinar los beneficios que podría obtener.	
FIRMA DEL JEFE DE HOGAR O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA

